

Inhospital hjertestans - registreringsskjema

Gjelder for: Hele SiV
 Dokumenttype: Skjema
 Sist endret: 05.09.2024

Inhospital hjertestans registrering

Dato: _____

Navnelapp

Enhet hvor hjertestansen skjedde: _____

Algoritmeleder: _____

Anestesilege: _____

**OBSERVASJONER/
TILTAK FØR ANKOMST
AKUTTEAM**

<p>1. Hjertestans observert (sett eller hørt av)</p> <p>Tilstedeværende <input type="checkbox"/></p> <p>Helsepers. ikke på vakt <input type="checkbox"/></p> <p>Helsepers. på vakt <input type="checkbox"/></p> <p>Ingen <input type="checkbox"/></p> <p>Ukjent <input type="checkbox"/></p> <p>Tid for hendelse dersom denne er kjent: Kl. ____:____</p>	<p>4. HLR utført av:</p> <p>Ja -Tilstedeværende <input type="checkbox"/></p> <p>Ja - Helsepersonell <input type="checkbox"/></p> <p>Nei <input type="checkbox"/></p> <p>Ukjent <input type="checkbox"/></p> <p>Tid for start HLR Kl. ____:____</p>
<p>2. Første antatte årsak til hjertestans</p> <p>Kardial <input type="checkbox"/></p> <p>Ikke kardial <input type="checkbox"/></p>	<p>5. Metode for HLR</p> <p>Kompresjon og ventilasjon <input type="checkbox"/></p> <p>Kompresjon <input type="checkbox"/></p> <p>Ventilasjon <input type="checkbox"/></p> <p>Ikke relevant <input type="checkbox"/></p>
<p>3. Brystsmerter før hjertestans</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nei</p> <p><input type="checkbox"/> Ukjent</p>	<p>6. Luftveier før ankomst Akutteam:</p> <p>Munn til munn/pocket maske <input type="checkbox"/></p> <p>Maske bag <input type="checkbox"/></p> <p>Supraglottisk luftvei <input type="checkbox"/></p> <p>Endotracheal intubasjon <input type="checkbox"/></p> <p>Intubert / trach før hendelse <input type="checkbox"/></p> <p>Ukjent <input type="checkbox"/></p> <p>Ikke relevant <input type="checkbox"/></p>
<p>7a. Defibrillator tilkoblet før ankomst Akutteam:</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nei</p> <p><input type="checkbox"/> Ukjent</p>	<p>7 b. Defibrillering før ankomst Akutteam</p> <p>Tid for første sjokk: Kl: ____:____</p> <p>Antall sjokk: _____ Sjokk ICD <input type="checkbox"/></p>

8. Første registrerte hjerterytme <input type="checkbox"/> VF <input type="checkbox"/> VT uten puls <input type="checkbox"/> Asystole <input type="checkbox"/> PEA <input type="checkbox"/> Pulsgivende rytme <input type="checkbox"/> Ukjent
9. Akutteam alarmert <input type="checkbox"/> Ja Tid for akuttalarm: Kl: ____:____ Nei <input type="checkbox"/>
Årsak til at Akutteam ikke er alarmert: _____

OBSERVASJONER OG TILTAK UTFØRT AV AKUTTEAM

1. HLR ved Akutteam Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Første medlem av Akutteam hos pasient Kl: ____:____ Akutteam startet HLR: Kl: ____:____	8. Medikamenter Adrenalin Total dose Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ukjent <input type="checkbox"/> Amiodaron Total dose Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ukjent <input type="checkbox"/> Trombolyse Total dose Ja – før resuscitering <input type="checkbox"/> Ja – under resuscitering <input type="checkbox"/> Ja – etter resuscitering <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ukjent <input type="checkbox"/>
2. Årsak til at Akutteam ikke startet HLR: Nytteløst <input type="checkbox"/> HLR minus <input type="checkbox"/> Anamnese tilsier avslutning <input type="checkbox"/> Pasienten har sirkulasjon <input type="checkbox"/> Ukjent <input type="checkbox"/>	9. Mekanisk brystkompresjonsmaskin Nei <input type="checkbox"/> Ja- Lukas <input type="checkbox"/> Ja- Autopuls <input type="checkbox"/> Ja- annen <input type="checkbox"/> Ukjent <input type="checkbox"/> Startet brystkompresjonsmaskin: Kl: ____:____
3. Første hjerterytme: VF <input type="checkbox"/> VT uten puls <input type="checkbox"/> Asystole <input type="checkbox"/> PEA <input type="checkbox"/> Pulsgivende rytme <input type="checkbox"/> Ukjent <input type="checkbox"/>	10. Årsak HLR avsluttet Nytteløst <input type="checkbox"/> HLR minus <input type="checkbox"/> Anamnese tilsier avslutning <input type="checkbox"/> Pasienten har sirkulasjon (ROSC) <input type="checkbox"/> Ukjent <input type="checkbox"/>
4. Defibrillering utført: Manuell <input type="checkbox"/> Halvautomatisk (AED) <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ukjent <input type="checkbox"/> Ikke relevant <input type="checkbox"/>	11. Tid HLR avsluttet: Kl: ____:____
5. Tid for første sjokk: Kl: ____:____ Antall sjokk: _____	12. Vedvarende ROSC Ja <input type="checkbox"/> Kl: ____:____ Nei <input type="checkbox"/> Ukjent <input type="checkbox"/>
6. Luftveishåndtering av Akutteam Munn til munn/pocket maske <input type="checkbox"/> Maske bag <input type="checkbox"/> Supraglottisk luftvei <input type="checkbox"/> Endotracheal intubasjon <input type="checkbox"/> Intubert/trach før hendelse <input type="checkbox"/> Akutt kir. Luftvei <input type="checkbox"/> Ukjent <input type="checkbox"/> Ikke relevant <input type="checkbox"/>	13. Status ved overlevering annen post Våken <input type="checkbox"/> Bevisstløs <input type="checkbox"/> HLR pågår <input type="checkbox"/>

7. Kapnografi /kapnometri:	Død	<input type="checkbox"/>
Ja <input type="checkbox"/>	Ukjent	<input type="checkbox"/>
Nei <input type="checkbox"/>	Ikke relevant	<input type="checkbox"/>
Ukjent <input type="checkbox"/>		
Skjema sendes postsekretær på intensiv for scanning til pasientens journal		